

**DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA  
TITOLARITA' DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI  
DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA'  
PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART.15 C.1 LETT. C) DEL D.LGS. 33/2013**

(Dichiarazione sostitutiva ex art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a IACONO GIOVANNI, nato/a a RAGUSA il 21-11-1957,

c.f. CNIGNN57521H163A residente a RAGUSA in via ARCHIMEDE n. 18

in relazione all'incarico di (*inserire tipologia e denominazione dell'incarico*) \_\_\_\_\_

MEDICO GERIATRA conferito dall'A.S.S.A.P.

OO.PP.Riunite E.C.Lupis C.Boscarino C.Moltisanti, sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

ovvero

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere le seguenti titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (*indicare tipologia/titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso*)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

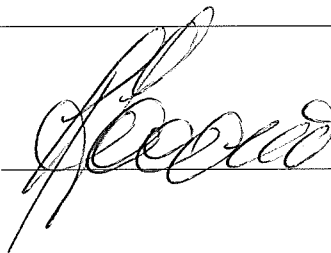
di non svolgere attività professionale;

di svolgere la seguente attività professionale (*indicare tipologia ed eventuale denominazione ente/società/studio*)

SPECIALISTA IN GERIATRIA

Data 21-10-2025

Firma

A handwritten signature in black ink, written over a horizontal line. The signature is cursive and appears to be 'P. P. P.' or similar, with a large initial 'P'.

**DICHIARAZIONE SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' O  
INCOMPATIBILITA' AI SENSI DELL'ART. 20 DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 39/2013**

**(Dichiarazione sostitutiva ex art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/La sottoscritto/a           IACONO GIOVANNI          , in riferimento al conferimento dell'incarico di  
          MEDICO GERIATRA          , conferito dall'A.S.S.A.P.

OO.PP.Riunite E.C.Lupis C.Boscarino C.Moltisanti, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di  
dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445,

DICHIARA

- l'insussistenza a proprio carico delle cause di inconferibilità al predetto incarico come previste dal  
Capo II, art 3 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39;
- l'insussistenza di cause di incompatibilità al predetto incarico, come previste al Capo VI, art. 12  
decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 recante in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi  
presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1,  
commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012 n. 190.

OPPURE

- la sussistenza delle seguenti cause di inconferibilità ai sensi delle disposizioni di cui al decreto  
legislativo 8 aprile 2013, n. 39, relativamente alle cariche e/o incarichi seguenti:

CARICA / INCARICO RICOPERTO	PRESSO

- la sussistenza delle seguenti cause di incompatibilità ai sensi delle disposizioni di cui al decreto  
legislativo 8 aprile 2013, n. 39, relativamente alle cariche e/o incarichi seguenti:

CARICA / INCARICO RICOPERTO	PRESSO


e di impegnarsi a rimuoverla/le entro il termine di quindici giorni dalla data della presente dichiarazione. Nelle more della scadenza del termine di quindici giorni, l'acquisizione di efficacia della eventuale nomina rimane comunque condizionata alla rimozione della causa di incompatibilità che dovrà, entro il termine predetto, essere comunicata all'ASSAP.

Data 21-10-2025

Firma 